

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

VOLUNTARY ADMISSION: I VOLUNTARILY CONSENT TO ADMISSION TO THE AGENCY, AND TO TREATMENT THAT MAY BE ADVISED AND OR RECOMMENDED BY MY PHYSICIAN AND TREATMENT TEAM.

I REQUEST A COPY OF THE PLAN OF TREATMENT: Y _____ N _____

CONSENT TO RECEIVE SERVICES: I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY, TO RENDER APPROPRIATE SERVICES AS PRESCRIBED BY MY PHYSICIAN, OR BY ANY OTHER PHYSICIAN WHO MAY BE TREATING ME, INCLUDING ALL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TREATMENT THAT MAY BE CONSIDERED ADVISABLE OR NECESSARY IN THE JUDGMENT OF THE PHYSICIAN. **I HEREBY AUTHORIZE THE AGENCY**, OR YOUR AGENTS TO PERFORM ANY WORK IN TAKING BLOOD SAMPLES FROM ME OR ADMINISTERING INJECTIONS OR INTRAVENOUS THERAPY FOR NORMAL MEDICAL PRACTICE. I HEREBY AUTHORIZE THIS WORK UNDER PHYSICIAN'S ORDERS, WHILE A PATIENT WITH YOUR ORGANIZATION.

I AM ALSO AWARE THAT ONLY ONE HOME HEALTH AGENCY WILL BE PAID ONCE I AM ADMITTED TO THIS AGENCY.

EMERGENCY MEDICAL SERVICES: I UNDERSTAND THAT DURING THE COURSE OF MY TREATMENT THE NEED FOR EMERGENCY TREATMENT AND/OR TREATMENT AND/OR TRANSFER TO A HOSPITAL MAY BECOME NECESSARY AND APPROPRIATE. I UNDERSTAND THAT THE AGENCY DOES NOT PROVIDE EMERGENCY MEDICAL CARE AND THEREFORE SHOULD THE NEED FOR SUCH TREATMENT AND/OR TRANSFER MAY BE DEEMED NECESSARY AND APPROPRIATE, THE AGENCY STAFF WILL CALL 911. I CONSENT TO SUCH EMERGENCY TREATMENT AND/OR TRANSFER TO A HOSPITAL AND HEREBY INDEMNIFY THE AGENCY FROM SUCH EMERGENCY TREATMENT AND/OR TRANSFER. I AGREE TO ASSUME SOLE RESPONSIBILITY FOR ALL CHARGES INCURRED FOR SUCH TREATMENT.

RELEASE OF INFORMATION: I AUTHORIZE ALL THE PHYSICIANS, HOSPITALS, NURSING HOMES, CLINICS, AND OTHER HEALTH CARE PROVIDERS RELEASE OF MEDICAL INFORMATION RELEVANT TO MY CARE TO THE AGENCY I HEREBY AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION FROM MY RECORDS TO ANY LICENSED INSTITUTIONS, STATE, FEDERAL, OR ACCREDITED INSTITUTIONS FOR THE PURPOSES OF PROVIDING CONTINUITY OF CARE, ESTABLISH CONTINUITY OF CARE, ESTABLISH CORRECT REIMBURSEMENT, ESTABLISH NEED FOR SERVICE OR AS AUTHORIZED BY LAW. I PLACE NO LIMITATIONS ON HISTORY OR ILLNESS OR DIAGNOSTIC/ THERAPEUTIC INFORMATION INCLUDING ANY TREATMENT FOR SUBSTANCE ABUSE, PSYCHIATRIC DISORDERS, OR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. "RELEASE OF INFORMATION" WILL BE PERFORMED ACCORDING TO HIPPA REGULATIONS.

SECTION ONE

INSURANCE BENEFITS AND PAYMENT: I HEREBY AUTHORIZE MY PRIVATE INSURANCE CARRIER TO PAY INSURANCE BENEFITS TO THE AGENCY, AND AGREE TO THE RELEASE OF ALL MEDICAL INFORMATION TO MY INSURANCE CARRIER IF SHOULD BE REQUIRED BY ANY PROGRAM

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **MEDICARE** AND NO CHARGES WILL BE EXPECTED

I hereby request and authorize payment directly to THE AGENCY I understand that to receive Medical covered home care services, I must meet the qualifying criteria as outlined under information of Medicare coverage criteria statement contained in the home folder. if your home care services conform to this rule, your Medicare home care services should generally be covered without liability for payment.

If services should be determined as denied or non-covered by Medicare, then the patient will be notified via letter and payment will be at the discretion of the agency. I understand that I am financially responsible for charges not paid under any assignment, charges will not exceed the agency's regular Medicare charges (\$100.00 per visit). I certify that the information given by me in the applying for payment under the title XVIII and/or XIX of the social security act is correct. I authorize the release of all records required to act on this request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. furthermore, I hereby declare that I do not belong to any Health Maintenance Organization (HMO). If it is found otherwise, I will be responsible for the charges incurred.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **MEDICAID** AND MY RESPONSIBILITY IS \$ 2.00 CO-PAY PER VISIT WITH A MAXIMUM OF ONE CO-PAYMENT PER DAY.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH _____ HMO, _____ COMMERCIAL INSURANCE, _____ MEDICARE INSURANCE AS A SECONDARY PAYER. The charges will be determined through third party contracts.

I HAVE BEEN ADMITTED THROUGH **PRIVATE PAY** AND THE CHARGES ARE SPECIFIED IN THE PRIVATE PAY AGREEMENT ATTACHED.

I CERTIFY THAT THE FINANCIAL INFORMATION INDICATED ABOVE, RELATED TO THE PAYMENTS MADE BY INSURER OR THIRD PARTY PAYER, THE SCOPE AND INTENT OF COVERAGE, AND THE CHARGES FOR NON-COVERED SERVICE CHARGES, HAS BEEN EXPLAINED AND UNDERSTOOD.

CLIENT SERVICE AGREEMENT (Cont'd) (Spanish Translation in the back)

Patient: _____

Medical Record: _____

SECTION TWO

HOME HEALTH SERVICES TO BE FURNISHED, FREQUENCY AND CHARGES:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____

ALSO I AUTHORIZE THE AGENCY'S RN/RPT TO PERFORM VISIT OF **SUPERVISION**, EVERY _____ DAYS.

STATEMENT OF PATIENT RIGHTS, RESPONSIBILITY AND ABUSE REGISTRY: I CERTIFY THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND RECEIVED A COPY OF THE STATEMENT OF PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITY WHICH HAS BEEN EXPLAINED TO ME VERBALLY BY A REPRESENTATIVE OF THE AGENCY I UNDERSTAND THE POLICY AND HAVE RECEIVED A COPY WITH THE TOLL FREE ABUSE PHONE NUMBER (1-800-962-2873), AND HHA HOTLINE (1-888-419-3456).

ADVANCE DIRECTIVE AND LIVING WILLS: I HAVE RECEIVED WRITTEN INFORMATION REGARDING MY RIGHTS TO MAKE DECISIONS CONCERNING MEDICAL CARE, INCLUDING THE RIGHT TO ACCEPT OR REFUSE MEDICAL OR SURGICAL TREATMENT AND THE RIGHT TO FORMULATE ADVANCE DIRECTIVES UNDER STATE LAW.

I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE: YES NO.

I HAVE A LIVING WILL: YES NO. IF YES, LOCATION OF LIVING WILL: _____

I HAVE A PATIENT ADVOCATE/PROXY: YES NO: MY PATIENT ADVOCATE/PROXY IS: Name: _____
ADDRESS: _____ PHONE: _____

I WANT TO USE THE **DNR ORDER** Y N (If yes, complete the official Legal Form)

HIPAA/OASIS: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I HAVE RECEIVED A COPY OF THE AGENCY'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, I DISCUSS AND RECEIVE A COPY OF THE CLIENT INFORMATION HANDBOOK.

CONSENT FOR HOME VISIT: I HEREBY CONSENT TO HAVE STATE/FEDERAL/ACCREDITATION HEALTH SURVEY PERSONNEL TO CONDUCT A " HOME VISIT" TO ENSURE THAT THE FEDERAL/ACCREDITATION REQUIREMENTS ARE MET AND TO ASSIST IN EVALUATING THE EFFECTIVENESS QUALITY OF HOME HEALTH SERVICES THAT I RECEIVE FROM THE AGENCY I UNDERSTAND THAT CONSENT FOR THIS VISIT IS VOLUNTARY AND NONE OF MY RIGHTS TO CONFIDENTIALITY OR PRIVACY ARE WAIVED BY MY CONSENT. I HAVE BEEN TOLD AND UNDERSTAND THAT REFUSAL TO A HOME HEALTH VISIT WILL HAVE NO EFFECT ON THE LEVEL OR NATURE OF MEDICARE/MEDICAID BENEFITS TO WHICH I AM ENTITLED. ALSO I AUTHORIZE AGENCY'S SUPERVISORY VISITS EVERY _____ DAYS.

PATIENT RELEASE TO PHOTOGRAPH: I HEREBY GRANT THE AGENCY, AND THEIR REPRESENTATIVES, PERMISSION TO TAKE PHOTOGRAPHS OF ME AND TO USE THE FINISHED PHOTOGRAPHS IN ANY LEGITIMATE WAYS THEY DEEM PROPER. FURTHER I RELINQUISH AND GIVE TO THE AGENCY, ALL RIGHTS, TITLE AND INTEREST I MAY HAVE IN THE FINISHED PICTURES, NEGATIVES, REPRODUCTIONS AND COPIES OF THE ORIGINAL PRINTS AND NEGATIVES. I ALSO GRANT THE RIGHT TO GIVE TRANSFER AND EXHIBIT THE NEGATIVES, ORIGINAL PRINTS, OR COPIES AND FACSIMILES, MAIL, DELIVERY, THEREOF TO ANY RESPONSIBLE INDIVIDUAL, BUSINESS FIRM, OR PUBLICATION, OR TO ANY OTHER ASSIGNEES.

PATIENT SERVICE AGREEMENT: I HAVE RECEIVED A COPY OF THE AGENCY'S PATIENT SERVICE AGREEMENT AND HAVE ALL QUESTIONS AND CONCERNS ANSWERED TO MY SATISFACTION. ALSO I AUTHORIZE TO _____, (RELATION TO PATIENT _____) **TO SIGN ALL DOCUMENTS**, BECAUSE I'M UNABLE TO DO SO. REASON UNABLE TO SIGN: _____.



SIGNATURE OF CLIENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

RELATIONSHIP OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE

SIGNATURE OF AGENCY'S REPRESENTATIVE

DATE

CONTRATO DE SERVICIOS (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

Página 1

ADMICIÓN VOLUNTARIA: YO VOLUNTARIAMENTE CONSIENTO MI ADMISIÓN A ESTA AGENCIA, Y AUTORIZO AL TRATAMIENTO QUE HA SIDO SUGERIDO O RECOMENDADO POR MI MEDICO Y/O EQUIPO DE TRATAMIENTO. QUIERO UNA COPIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO: SI ____ NO ____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS: YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA, A QUE PROVEA LOS SERVICIOS APROPIADOS TAL COMO HAN SIDO PRESCRITOS POR MI MEDICO, O POR CUALQUIER OTRO MEDICO QUE PUEDA ESTAR TRATÁNDOME, INCLUYENDO TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS QUE PUEDAN SER CONSIDERADOS RECOMENDABLES O NECESARIOS A JUICIO DEL MEDICO. TAMBIÉN AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y/O A SU PERSONAL A REALIZAR CUALQUIER TAREA REQUERIDA PARA MI TRATAMIENTO COMO: OBTENER MUESTRAS DE SANGRE, ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES O TERAPIA INTRAVENOSA PARA LA PRACTICA MEDICA. AUTORIZO ESTO BAJO LAS ORDENES DE UN MEDICO MIENTRAS SEA PACIENTE DE ESTA ORGANIZACIÓN. **TAMBIEN SE QUE SOLAMENTE UNA AGENCIA SERÁ PAGADA EN CUANTO SEA ADMITIDO(A) A ESTA AGENCIA.**

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA: ENTIENDO QUE DURANTE EL CURSO DE MI TRATAMIENTO PUEDE SER NECESARIO Y/O APROPIADO EL USO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA Y/O TRANSFERENCIA A UN HOSPITAL. YO ENTIENDO QUE LA AGENCIA NO PROVEE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y POR LO TANTO SI ES NECESARIO Y/O APROPIADO UTILIZAR ESTE TIPO DE SERVICIOS EL PERSONAL DE LA AGENCIA LLAMARA AL 911. YO AUTORIZO DICHO TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y/O TRANSFERENCIA A HOSPITAL Y LIBERO DE RESPONSABILIDAD LEGAL Y FINANCIERA A LA AGENCIA POR GASTOS QUE ESTOS SERVICIOS PUEDAN ACARREAR. YO ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS DURANTE ESE TRATAMIENTO.

PROVEER INFORMACIÓN: YO AUTORIZO A TODOS LOS MÉDICOS, HOSPITALES, NURSING HOMES, CLÍNICAS Y OTROS PROVEEDORES DE SALUD A PROVEER INFORMACIÓN MEDICA RELEVANTE A MI CUIDADO MEDICO A ESTA AGENCIA POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO LIBERAR TODA MI INFORMACIÓN MEDICA A CUALQUIER INSTITUCIÓN AUTORIZADA (LICENCED INSTITUCIÓN), AGENCIAS FEDERALES, ESTATALES, O INSTITUCIONES ACREDITADAS PARA EL PROPÓSITO DE PROVEER CONTINUIDAD DE CUIDADO, ESTABLECER CONTINUIDAD DE CUIDADO, CORRECTA REMUNERACIÓN, ESTABLECER NECESIDAD DE SERVICIOS O AUTORIZACIONES LEGALES. NO LIMITO HISTORIAS DE ENFERMEDADES O DIAGNÓSTICOS, INFORMACIÓN TERAPÉUTICA INCLUYENDO CUALQUIER TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS, ENFERMEDADES PSIQUIATRÍAS O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. LA LIBERACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SE HARÁ POR LAS REGULACIONES DE HIPPA.

SECCIÓN I

BENEFICIOS DEL SEGURO Y PAGO: YO AUTORIZO A MI INTERMEDIARIO DE SEGURO PRIVADO A PAGAR BENEFICIOS DE ASEGURAMIENTO A ESTA AGENCIA, Y AUTORIZO A LIBERAR TODA MI INFORMACIÓN MEDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGURO.
 HE SIDO ADMITIDO COMO PACIENTE DE **MEDICARE** Y NO SE ESPERAN CARGOS POR ESTE SERVICIO.

A través de la presente solicito y autorizo los pagos que sean hechos directamente a ESTA AGENCIA entiendo que para recibir servicios de cobertura medica a domicilio, yo debo cumplir con los criterios establecidos tal como se describe bajo la cobertura de medicare contenida en mi expediente de admisión. Si el servicio de cuidados a domicilio se rigen a esta reglamentación, sus servicios domiciliarios de Medicare serán cubiertos sin responsabilidad por pago de su parte. Si se determina que los servicios no son cubiertos por MEDICARE, entonces el paciente será notificado por escrito y los pagos serán a discreción de la agencia. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cargos no pagados bajo cualquier asignación. Los cargos no excederán las tarifas regulares de MEDICARE (\$100.00 por visita). Certifico que la información dada durante la aplicación de pagos bajo el titulo XVIII y/o XIX del acta del seguro social, es correcta. yo autorizo la liberación de todos los records requeridos para actuar bajo mi autorización. Solicito que los pagos de beneficios autorizados sean hechos en mi nombre, además declaro que no pertenezco a ninguna H.M.O. (Health Maintance Organization), si se demuestra lo contrario yo seré responsable de los gastos incurridos.

HE SIDO ADMITIDO COMO PACIENTE DE **MEDICAID** Y MI RESPONSABILIDAD ES DE \$ 2.00 DE COPAGO POR VISITA CON UNA MÁXIMO DE UN CO-PAGO POR DIA.

HE SIDO ADMITIDO A TRAVÉS DE _____ HMO, _____ SEGURO PRIVADO, _____
MEDICARE COMO SEGURO SUPLEMENTARIO. Los cargos serán determinados a través de una tercera institución

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN FINANCIERA INDICADA ARRIBA, RELACIONADA CON LOS PAGOS HECHOS POR EL ASEGURADOR O TERCERAS, LA EXTENSIÓN Y COBERTURA Y LOS CARGOS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS HAN SIDO EXPLICADOS Y ENTENDIDOS POR MI.

CONTRATO DE SERVICIOS (Continuación) (Versión en Inglés al frente)

Paciente: _____

Medical Record: _____

Pag. 2

SECCIÓN II

SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO QUE SERÁN DADOS, CARGOS Y FRECUENCIA:

SKILLED NURSING _____ HOME HEALTH AIDE _____
PHYSICAL THERAPY _____ MEDICAL SOCIAL WORKER _____
SPEECH THERAPY _____ OCCUPATIONAL THERAPY _____
OTHER: _____ TAMBIEN AUTORIZO **VISITAS DE SUPERVISION** CADA
_____ DIAS.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE, Y LÍNEA DE ABUSO: CERTIFICO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y RECIBIDO UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE QUE ME HA SIDO EXPLICADO VERBALMENTE POR UN REPRESENTANTE DE ESTA AGENCIA ENTIENDO LA PÓLIZA Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL NUMERO GRATUITO DE ABUSO (800 962 2873) Y DE HHA HOTLINE (888 419 3456).

DIRECTIVAS ANTICIPADAS Y TESTAMENTO: HE RECIBIDO INFORMACIÓN ESCRITA RESPECTO A MIS DERECHOS PARA HACER DECISIONES CONCERNIENTES A EL TRATAMIENTO MEDICO. INCLUYENDO EL DERECHO A ACEPTAR O REHUSAR TRATAMIENTO MEDICO O QUIRÚRGICO Y EL DERECHO A FORMULAR DIRECTIVAS ANTICIPADAS BAJO LA LEY ESTATAL.

TENGO DIRECTIVAS ANTICIPADAS: SI NO.

TENGO TESTAMENTO: SI NO. SI ES SI, LOCALIZACIÓN: _____

TENGO UN APODERADO SI NO: MI APODERADO ES: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

QUIERO USAR LA LEY DE **DNR (NO RESUSCITAR) ORDER** Y N (Si, complete la Forma Legal)

PRACTICAS DE PRIVACIDAD(HIPAA/OASIS): HE RECIBIDO UNA COPIA DE LAS POLITICAS SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA AGENCIA TAMBIEN HE SIDO INFORMADO Y RECIBIDO UNA COPIA DEL MANUAL DEL CLIENTE.

AUTORIZACIÓN PARA VISITA DOMICILIARIA: YO AUTORIZO A PERSONAL ESTATAL/FEDERAL/ACREDITACION A LLEVAR A CABO UNA VISITA DE SUPERVISION A MI CASA PARA ASEGURAR QUE LOS REQUISITOS FEDERALES/ACREDITACION SON CUMPLIDOS Y PARA ASISTIR EN LA EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO QUE RECIBO DE ESTA AGENCIA, ENTIENDO QUE LA AUTORIZACIÓN PARA ESTA VISITA ES VOLUNTARIA Y QUE NINGUNO DE MIS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD O PRIVACIDAD SERÁN IGNORADOS POR MI AUTORIZACIÓN. SE ME HA DICHO Y HE ENTENDIDO QUE REHUSAR UNA VISITA DOMICILIARIA NO TENDRÁ EFECTO EN EL NIVEL O NATURALEZA DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE/MEDICAID A LOS QUE TENGO DERECHO. TAMBIEN AUTORIZO VISITAS DE SUPERVISION DE LA AGENCIA CADA _____ DIAS.

LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS: YO AUTORIZO A ESTA AGENCIA Y SUS REPRESENTANTES, A TOMAR FOTOGRAFÍAS MÍAS Y USAR DICHAS FOTOGRAFÍAS EN UNA FORMA LEGITIMA QUE SEA REQUERIDA. ADEMÁS YO DECLINO DOY A ESTA AGENCIA, TODOS LOS DERECHOS TÍTULOS, INTERÉS QUE YO PUEDA TENER SOBRE DICHAS FOTOGRAFÍAS, NEGATIVOS REPRODUCCIONES Y COPIAS DE LOS ORIGINALES O NEGATIVOS. YO ADEMÁS DOY A LOS DERECHOS DE TRANSFERIR, EXHIBIR LOS NEGATIVOS, ORIGINALES, O COPIAS, Y DE PODER ENVIAR POR FAX, CORREO, O POR PERSONALMENTE A CUALQUIER PERSONA RESPONSABLE, FIRMA COMERCIAL O PUBLICACIÓN, O A CUALQUIERA DE SUS ASIGNADOS.

CONTRATO DE SERVICIOS: HE RECIBIDO UNA COPIA DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE ESTA AGENCIA Y HE TENIDO RESPUESTA A TODAS MIS PREGUNTAS A SATISFACCIÓN. YO AUTORIZO A _____ (RELACION CON PACIENTE _____) **A FIRMAR MIS DOCUEMOTOS** PORQUE YO NO PUEDO HACERLO, RAZON POR LA CUAL NO PUEDO FIRMAR _____.

⇒ _____
FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

RELACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA

FECHA